



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE OBSTETRICIA  
"JUANA MIRANDA"



## AUTORIZACION DE LA AUTORIA INTELECTUAL

Yo, BUSTAMANTE SANDOVAL ALEXANDRA BEATRIZ, en calidad de autor del trabajo de investigación o tesis realizada sobre "FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 19 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN EL HOSPITAL "PABLO ARTURO SUÁREZ" DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL PERÍODO ENERO DEL 2006 HASTA DICIEMBRE DEL 2011", por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Quito, DM. 3 de mayo de 2012

FIRMA

C.C. 1721633939

[gata-alexa.ob@hotmail.com](mailto:gata-alexa.ob@hotmail.com)



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE OBSTETRICIA  
"JUANA MIRANDA"



## AUTORIZACION DE LA AUTORIA INTELECTUAL

Yo, ZAPATA MIRANDA OLIVIA SALOMÉ, en calidad de autor del trabajo de investigación o tesis realizada sobre "FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 19 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN EL HOSPITAL "PABLO ARTURO SUÁREZ" DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL PERÍODO ENERO DEL 2006 HASTA DICIEMBRE DEL 2011", por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Quito, DM. 3 de mayo de 2012

FIRMA

C.C. 1721164547

olisalito2021@hotmail.com

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA “JUANA MIRANDA”**

**FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS ADOLESCENTES  
ENTRE 13 Y 19 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN EL HOSPITAL “PABLO  
ARTURO SUÁREZ” DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL PERÍODO ENERO  
DEL 2006 HASTA DICIEMBRE DEL 2011.**

**FREQUENCY AND CESAREAN INDICATION IN THE ADOLESCENT GIRLS  
BETWEEN 13 AND 19 YEARS SERVED IN THE HOSPITAL "PABLO  
ARTURO SUAREZ" OF THE QUITO CITY, IN THE PERIOD JANUARY 2006  
TO DECEMBER 2011.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO**

**AUTORAS:**

**BUSTAMANTE, Sandoval Alexandra Beatriz**

gata-alexa.ob@hotmail.com

**ZAPATA, Miranda Olivia Salomé**

olisalito2021@hotmail.com

**TUTOR:**

**DR. ARTURO POZO ÁVALOS**

**QUITO, ABRIL 2012**



## PAPEL UNIVERSITARIO



No. 1552181

1.00 USD

### ACTA DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACION

En la ciudad de Quito, a los veinte y siete días del mes de abril de dos mil doce, se procede a la revisión del Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Título de **OBSTETRIZ**.

TEMA:

**"FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 19 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN EL HOSPITAL "PABLO ARTURO SUÁREZ" DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL PERÍODO ENERO DEL 2006 HASTA DICIEMBRE DEL 2011"**

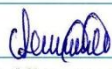
AUTOR:

**BUSTAMANTE SANDOVAL ALEXANDRA BEATRIZ**


RESULTADO DEL INFORME:

**APROBADO**

Para constancia de lo actuado suscriben el presente documento en un original y dos copias de igual contenido las personas que en ella intervienen.

  
Obst. Ximena Cevallos, MSc  
**DIRECTORA**

  
Dr. Arturo Pozo Ávalos  
**DOCENTE INVESTIGACIÓN**

  
Obst. Cecilia Tapia  
**JEFE INTERNADO ROTATIVO**



"TODOPODEROSA ES LA SABIDURÍA"



No. 1552180

1.00 USD.

## ACTA DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACION

En la ciudad de Quito, a los veinte y siete días del mes de abril de dos mil doce, se procede a la revisión del Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Título de **OBSTETRIZ**.

TEMA:

**"FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 19 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN EL HOSPITAL "PABLO ARTURO SUÁREZ" DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL PERÍODO ENERO DEL 2006 HASTA DICIEMBRE DEL 2011"**

AUTOR:

**ZAPATA MIRANDA OLIVIA SALOMÉ**

RESULTADO DEL INFORME:

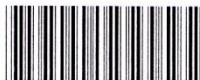
**APROBADO**

Para constancia de lo actuado suscriben el presente documento en un original y dos copias de igual contenido las personas que en ella intervienen.

Obst. Ximena Cevallos, MSc  
**DIRECTORA**

Dr. Arturo Pozo Ávalos  
**DOCENTE INVESTIGACIÓN**

Obst. Cecilia Yapia  
**JEFE INTERNADO ROTATIVO**



"TODOPODEROSA ES LA SABIDURÍA"



**FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS  
ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 19 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS  
EN EL HOSPITAL “PABLO ARTURO SUÁREZ” DE LA CIUDAD  
DE QUITO, EN EL PERÍODO ENERO DEL 2006 HASTA  
DICIEMBRE DEL 2011.**

# ÍNDICE

ÍNDICE.....	I
RESUMEN.....	II
ABSTRACT.....	III
INTRODUCCIÓN.....	IV
JUSTIFICACIÓN.....	V
<b>CAPÍTULO I</b>	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	2
1.3. OBJETIVOS .....	4
<b>CAPÍTULO II</b>	
MARCO TEÓRICO.....	5-15
SISTEMA DE VARIABLES.....	16-17
<b>CAPÍTULO III</b>	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	18-19
<b>CAPÍTULO IV</b>	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	20-28
<b>CAPÍTULO V</b>	
RECURSOS.....	29
<b>CAPÍTULO VI</b>	
CONCLUSIONES.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31-33

## RESUMEN

La adolescencia no es un factor indicativo para la cesárea. Toda paciente requiere una juiciosa y adecuada valoración obstétrica. Los nacimientos por cesárea deben caer en un rango de 5 a 15%. En Ecuador la tasa general de cesáreas es 25.8%, considerándose alta. El objetivo de nuestra investigación es conocer la frecuencia e indicación de cesárea en pacientes adolescentes embarazadas entre 13 y 19 años, atendidas en el Hospital "PABLO ARTURO SUÁREZ" desde Enero del año 2006 hasta Diciembre del año 2011. La investigación fue realizada en el Hospital "PABLO ARTURO SUÁREZ" en donde se evaluaron a 408 adolescentes entre 13 y 19 años de edad que terminaron su gestación por medio de cesárea. La recolección de datos se realizó con la revisión de historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal.

Los resultados que obtuvimos son los siguientes la principal indicación de cesárea en adolescentes fue por desproporción cefalopélvica 21.8%, distocias de presentación 9.1%, compromiso de bienestar fetal 8.5%, preeclampsia 4.7%, macrosomía fetal 3.9%, placenta previa 1.9%, malformaciones fetales 0.7% y 49.3% no tiene registro de indicación operatoria. Entre las características personales de las adolescentes el 51.8% tiene entre 17-19 años, el 69.7% son mestizas, instrucción secundaria 82.4%, residencia urbana 91.2%, nivel social medio 58.8%. De 535 adolescentes embarazadas, 408 terminaron su gestación por cesárea y 127 por parto normal, la principal indicación para la realización de la cirugía fue por desproporción cefalopélvica 21.8% y 49.3% no tiene registro de indicación operatoria.



## ABSTRACT

Adolescence is not as an indication for caesarean section. Every patient requires a judicious and appropriate obstetric assessment. Cesarean births must fall within a range of 5 to 15%. In Ecuador the overall rate of cesarean sections is 25.8%, considered high. The aim of our research is to determine the frequency and indication of cesarean section in pregnant adolescents between 13 and 19, treated at the Hospital "Pablo Arturo Suarez" from January 2006 to December of the year 2011. La research was conducted at the Hospital "PABLO ARTURO SUAREZ" where 408 adolescents were assessed between 13 and 19 years who completed their gestation by cesarean section. Data collection was performed by reviewing clinical dehistorias recorded in the Perinatal Information System.

The results obtained are as follows the main indication for cesarean section for cephalopelvic disproportion adolescents was 21.8%, 9.1% filing dystocia, fetal welfare commitment 8.5%, 4.7% preeclampsia, fetal macrosomia 3.9%, 1.9% placenta previa, fetal malformations 0.7% and 49.3% have no record of surgical indication. Among the personal characteristics of adolescents 51.8% were between 17-19 years, 69.7% are mixed race, 82.4% secondary education, urban residence 91.2%, 58.8% average social level. Of 535 pregnant adolescents, 408 completed their gestation by cesarean and 127 for normal delivery, the main indication for the surgery was for cephalopelvic disproportion 21.8% and 49.3% have no record of surgical indication.

## **INTRODUCCIÓN:**

La alta morbilidad de cesárea en adolescentes, constituye un importante problema de salud pública en los actuales momentos.<sup>5</sup>

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto.<sup>2</sup>

Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajo de parto prolongado y partos operatorios.<sup>1</sup>

Sin embargo, a pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos y la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal.<sup>3</sup>

Una cesárea no deja de ser una cirugía abdominal importante, y por eso presenta más riesgos que el parto vaginal.<sup>4</sup>

Se han documentado científicamente riesgos para la salud de la mujer embarazada que podrían surgir a partir de una cesárea, entre los que se incluyen: infecciones, hemorragias, necesidad de transfusiones, daños en diferentes órganos, complicaciones derivadas del uso de anestesia, complicaciones psicológicas.<sup>4</sup>

## **JUSTIFICACIÓN:**

La frecuencia de cesárea se ha ido incrementando a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se percibe como un problema; esto fue demostrado ya que en la práctica obstétrica, se ha ido incrementando en las últimas décadas.<sup>1</sup>

La adolescencia no es un factor indicativo para la cesárea. Toda paciente requiere una juiciosa y adecuada valoración obstétrica para establecer la relación pelvis-presentación fetal. Las normas obstétricas y no la edad de la paciente, son los indicadores de la conducta que se debe seguir en la atención de parto.<sup>15</sup>

La cesárea tanto en adolescentes como en mujeres adultas tiene una mayor morbilidad materna y fetal dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembólicas, mayor incidencia de taquipnea transitoria del recién nacido además de un período de recuperación mayor que el parto vaginal.<sup>3</sup>

No se discute la validez de la operación cesárea cuando está de por medio una indicación absoluta. Con respecto a la presentación en podálica, incluidas en distocia de la presentación, que constituye la principal indicación de cesáreas en adolescentes. Es sabido que el nacimiento por vía vaginal de un feto en presentación de pelvis se constituye en peligroso por la frecuencia con la que se asocia a retención de cabeza y lesión fetal como a prociencia del cordón umbilical.<sup>4</sup>

# CAPÍTULO I

## 1. PROBLEMA:

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual, provocando un aumento de la incidencia de embarazos en adolescentes, considerado actualmente que es un serio problema médico-social. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional.<sup>6</sup>

En la actualidad una de cada diez mujeres tiene sus partos por vía abdominal (cesárea), dicha tasa ha aumentado en forma progresiva en los últimos años. Aunque no se pueden catalogar en forma exhaustiva todas las indicaciones necesarias apropiadas, 85% de las causas corresponden a cesáreas previas, distocia de trabajo de parto, sufrimiento fetal agudo o presentación pelviana.<sup>7</sup>

Nosotros no escapamos a esta realidad, en el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años. En Ecuador dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez.<sup>5</sup>

La tasa general de cesáreas informada es de 25.8 por ciento. En el Ecuador este indicador se lo podría considerar relativamente alto.<sup>7</sup>

Por lo expuesto anteriormente se realizara un estudio para conocer cuántas de las adolescentes embarazadas atendidas en el HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ tuvieron que terminar su embarazo por cesárea y cuáles fueron las

indicaciones para realizar la misma, predisponiéndolas a presentar un mayor grado de riesgo materno perinatal.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

Conocer la frecuencia de pacientes adolescentes embarazadas entre 13 y 19 años de edad atendidas en el “HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ “ de la ciudad de Quito desde enero del año 2006 hasta el mes de Diciembre del año 2011 que finalizaron su gestación, por medio de cesárea y cuáles fueron las indicaciones para realizar la cirugía.



### **1.2.1 DELIMITACIÓN:**

**CAMPO:** Ginecología y Obstetricia

**ESPACIO:** Hospital “Pablo Arturo Suárez”

**ÁREA:** Ginecología y Obstetricia

**ASPECTO:** Conocer la frecuencia de adolescentes embarazadas entre 13 y 19 años de edad que finalizaron su gestación por medio de cesárea y cuál fue la indicación por la que se realizó la misma.

**DELIMITACIÓN:** Período Enero del año 2006 hasta el mes de Diciembre del año 2011.

### **1.3. OBJETIVOS:**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL:**

Conocer la frecuencia de pacientes adolescentes embarazadas de 13 a 19 años de edad atendidas en el “HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ” de la ciudad de Quito desde Enero del año 2006 hasta el mes de Diciembre del año 2011 que finalizaron su gestación por medio de cesárea y cuáles fueron las principales indicaciones para realizar la cirugía.

#### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar los factores de riesgo para decidir la cesárea en adolescentes estudiadas.
- Identificar las complicaciones de estas intervenciones quirúrgicas.
- Conocer las características personales, educativas, socio-económicas, vivienda, de residencia, raza y ocupación de las pacientes adolescentes estudiadas.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **ADOLESCENCIA Y EMBARAZO**

La OMS, define adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica. En una declaración conjunta, realizada en 1998 por la OMS, se declaró que el término "adolescencia" se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años.<sup>1</sup>

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes.<sup>1</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el quinquenio del 2000 – 2005 señala que de los 133 millones de embarazos, que ocurrieron a nivel mundial, (10,5 %) fueron de madres entre 15 y 19 años. Ubicándose el mayor porcentaje de los mismos en África, América Latina y el Caribe.<sup>2</sup>

En Ecuador, el porcentaje de la primera relación sexual antes de los 14 años de edad es más elevada en la costa que en la Sierra. Entre las adolescentes sin instrucción o con primaria incompleta esa experiencia es alta con un 37.9 por ciento, mientras que las que alcanzaron secundaria completa o superior sólo en un 4.1 por ciento.<sup>3</sup>

Entre las adolescente que ya son madres un 13.3 por ciento en total, hay un porcentaje más elevado en el área rural con un 16.2 por ciento que en la urbana que corresponde al 11.1 por ciento. Para las dos ciudades más

pobladas del país el porcentaje es ligeramente más elevado en Quito a Guayaquil. En el área rural Sierra, al sumar las madres adolescentes con las embarazadas primera vez, encontramos una proporción de 19.2 por ciento que contrasta con un valor más elevado en rural costa de 2.2 por ciento.<sup>3</sup>

Las proporciones de maternidad en la adolescencia son hasta cuatro veces más altas entre las mujeres adolescentes que no tienen educación (43 por ciento comparadas con las de niveles educativos más altos: 11 por ciento con secundaria completa). Por otro lado, un embarazo en la adolescencia se traduce en 2,5 años menos de escolaridad para las mujeres; y por cada hijo adicional, las mujeres tienen un año menos de escolaridad. Como consecuencia, las mujeres que no terminan los estudios tienen menos oportunidades de trabajo y menos ingresos que las demás, y es más probable que aumenten sus condiciones de pobreza y las de su generación, ubicándose en condiciones de especial vulnerabilidad.<sup>4</sup>

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y Cols, demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna. En contraste, en las pacientes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma.<sup>5</sup>

Algunos autores concluyen que las pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico.<sup>6</sup>

Numerosas investigaciones en adolescentes embarazadas demuestran que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo de síndrome hipertensivo del embarazo, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29%. Sin embargo, una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de preeclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas.<sup>6</sup>

Otras investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas.<sup>7</sup>

En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17%.<sup>7</sup>



## **PARTO EN ADOLESCENTES**

De acuerdo a las estadísticas reseñadas en los países de las regiones de la América Latina y del Caribe, a pesar de no existir un patrón único de la tasa de fecundidad en las adolescentes, se estima que está entre 140 x 1 000 nacidos vivos para Nicaragua y algo más de 40 x 1 000 para Cuba y otras Islas del Caribe, en Paraguay se aproxima al 100 x 1 000 y en Venezuela la tasa de fecundidad ronda el 80 x 1 000.<sup>8</sup>

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios.<sup>9</sup>

Algunos estudios revelan altas cifras de recién nacidos con puntaje de Apgar mayor de 7 a los cinco minutos, lo cual implica una baja proporción de depresión respiratoria y asfixia al nacer en hijos de madres adolescentes.<sup>9</sup>

La mortalidad materna y perinatal aumenta en casi un 30 por ciento en la población adolescente; mientras menor es la edad, mayor es el riesgo. Recién pasados los 19 años, comienzan a disminuir los peligros.<sup>10</sup>

## **LA CESÁREA: DEFINICIÓN Y FRECUENCIA EN AMÉRICA**

La cesárea es una intervención obstétrica en la que se extrae al feto y la placenta a través de una incisión realizada en la pared abdominal y otra en el útero. A lo largo de los años la cesárea ha experimentado importantes cambios

en la técnica quirúrgica , en la frecuencia y en sus indicaciones tanto maternas como fetales .La cesárea en los siglos XVII y XIX implicaba una elevada mortalidad, por lo que se practicaba en casos excepcionales, desesperados, con la finalidad de salvar al niño. <sup>10</sup>

La introducción de la sutura de la pared uterina de la práctica de la incisión uterina en el segmento inferior y de la incisión transversa en el segmento inferior del útero supuso una importante disminución de la mortalidad materna.<sup>11</sup>

Es una intervención salvadora tanto para el niño como para la madre. Por ejemplo buena parte de la prevención de la asfixia y el trauma del recién nacido, causas importantes de muerte neonatal, se previenen de esta manera. Según la Organización Panamericana de la Salud el porcentaje de todos los nacimientos en un país que es por operación cesárea debe caer en un rango de 5 a 15 por ciento. Si el porcentaje es por debajo de 5 por ciento, esto indica inaccesibilidad a la operación, probablemente motivada por razones no de riesgo o por razones económicas.<sup>12</sup>

A pesar de que en las últimas décadas se ha registrado un marcado aumento de la práctica de cesáreas un estudio que evaluó la preferencia de casi 20 mil mujeres de diferentes países concluye que solo el 16 por ciento preferiría la cesárea al parto natural. América Latina tiene una tasa de cesáreas en la Argentina es del 35 por ciento pero con grandes diferencias entre el sector público del 25 al 30 por ciento y el sector privado entre 45 - 50 por ciento.<sup>12</sup>

En el Ecuador la tasa general de cesáreas informada es de 25.8 por ciento. Esta tasa se podría considerar relativamente alta según lo antes mencionado. Las cesáreas son más frecuentes en el área urbana con un 34 % que en la rural donde tenemos un 16.1%. Las tasas más altas se encuentran en las provincias de Manabí, Los Ríos, Guayas y El Oro con 38.3%, 35.6%, 43.4% y 38.4 % respectivamente, mientras que las más bajas en Bolívar con un 6.7 % y Esmeraldas con un 9.5 %.<sup>13</sup>

Las indicaciones para realizar una cesárea son variadas, pueden ser maternas, fetales, ovulares y feto-maternas. Dentro de las maternas, cabe destacar: distocia mecánicas, distocia dinámica, enfermedades del metabolismo, toxemia, enfermedades pre-existentes, procesos infecciosos de genitales, cesárea anterior produciendo cicatriz uterina o persistiendo la causa anterior, embarazo prolongado.<sup>14</sup>

Entre las indicaciones fetales: sufrimiento fetal agudo, presentaciones atípicas, macrosomía fetal, enfermedad hemolítica del recién nacido, o muerte fetal, Como indicaciones ovulares: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y procidencia de cordón, por último indicadores feto-maternas: desproporción feto pélvica.<sup>14</sup>

Las condiciones y técnicas de su realización deben ser adecuadas para disminuir la morbilidad materna y fetal, las cuales vienen dadas desde el punto de vista materno por anemia, íleo post-cesárea, peritonitis, infecciones urinarias, tromboflebitis, embolias, dehiscencia de cicatriz uterina, abscesos de pared endometrio puerperal, o complicaciones de la enfermedad de base. Para el recién nacido depresión y síndrome de dificultad respiratoria.<sup>15</sup>

## **ADOLESCENCIA Y CESÁREA**

La cesárea, juega un papel muy importante dentro de las técnicas quirúrgicas obstétricas, debido a que su uso disminuye la mortalidad y morbilidad feto-materna, no estando tampoco exenta de peligros, por lo que su indicación debe obedecer a motivos estrictos, y tener una técnica y condiciones adecuadas.<sup>15</sup>

La adolescencia no es un factor indicativo para la cesárea. Toda paciente requiere una juiciosa y adecuada valoración obstétrica para establecer la relación pelvis-presentación fetal. Las normas obstétricas y no la edad de la paciente, son los indicadores de la conducta que se debe seguir en la atención de parto.<sup>16</sup>

Un diagnóstico incorrecto de la indicación de cesárea conduce a estados de morbilidad materna y perinatal y a intervenciones médicas innecesarias.<sup>16</sup>

## **INDICACIONES DE CESÁREA**

La OMS recomienda que la tasa de cesáreas no supere el 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos.<sup>16</sup>

## **CAUSAS MATERNAS**

1. Tumores benignos o malignos del canal de parto.
2. Cirugía uterina previa, plastia vaginal.

3. Patología que comprometa el bienestar materno y/o fetal: desprendimiento de retina, insuficiencia cardíaca o respiratoria.
4. Psicosis, retardo mental, alteraciones de la conciencia. <sup>17</sup>

## **CAUSAS FETALES**

1. Compromiso del bienestar fetal.
2. Distocias de presentación.
3. Embarazo múltiple con distocia de presentación o patología obstétrica.
4. Malformaciones fetales o Gemelos siameses que supongan distocia.
5. Macrosomía fetal (>4000 gr.).<sup>17</sup>

## **CAUSAS OBSTÉTRICAS**

1. Cesárea iterativa (si no aplica parto vaginal postcesárea).
2. Distocias dinámicas del trabajo de parto.
3. Desproporción cefalopélvica.
4. Desprendimiento prematuro de placenta grado II.
5. Placenta previa oclusiva total o parcial.
6. Prolapso de cordón umbilical.
7. Rotura uterina previa. <sup>18</sup>

## **CAUSAS MATERNO FETALES**

1. Antecedentes obstétricos desfavorables: óbito fetal, mortinato, muerte neonatal precoz, uso de fórceps.



2. Riesgo de transmisión vertical: Infección por HIV –HPV - herpes genital activo.

3. Preeclampsia grave, eclampsia o Síndrome de HELLP que no ceden al tratamiento.<sup>18</sup>

## **COMPLICACIONES DE LA CESÁREA**

Representa el 8,8% de complicaciones

- Histerectomía postcesárea por acretismo.
- Histerectomía postcesárea por atonía.
- Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos por shock séptico debido a corioamnionitis previa.
- Anemia severa con transfusión
- Hematoma subaponeurótico.<sup>19</sup>

## **DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA EN ADOLESCENTES**

La desproporción cefalopélvica es común en las mujeres muy jóvenes cuyo crecimiento pelviano no se ha completado y en las mujeres de baja estatura. <sup>19</sup>

Por su parte, Peláez (2003), sostiene que en el periodo del parto las alteraciones en la presentación y posición fetal, se asocian con un desarrollo incompleto de la pelvis materna e incapacidad del canal del parto para permitir el paso fetal. Un aumento de partos operatorios a consecuencia de trabajo de parto prolongado y expulsivos laboriosos, favoreciendo las complicaciones

traumáticas del canal vaginal, lo cual podría influir en la condición inmediata del recién nacido.<sup>20</sup>

Se define desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el paso del mismo por el canal pélvico.<sup>20</sup>

Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.<sup>21</sup>

Algunos autores plantean en su investigación que las adolescentes presentan mayor cantidad de partos distócicos, a predominio de las cesáreas debido a su inmadurez biológica.<sup>21</sup>

Se denomina pelvis estrecha cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal: promontorio alcanzable, diámetro del conjugado obstétrico menor a 10.5, espinas isquiáticas prominentes, curvatura sacrocoxígea con exostosis, diámetro biciático < 9.5cm, diámetro biisquiático < 8cm, ángulo subpúbico <90°.<sup>22</sup>

Con el trabajo de parto prolongado relacionado con la desproporción cefalopélvica aumenta el riesgo de fístula —un desgarró entre la vagina y el tracto urinario o el recto, hemorragias por desgarró cervicales, rotura uterina, lesión de partes blandas, asfixia, trauma obstétrico.<sup>22</sup>

La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada y feto normal con buena actitud.
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (macrosómico o hidrocefalia) o con mala actitud.
- Pelvis y feto normales con diámetros fetopélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.<sup>22</sup>

## SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO	ESCALA
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>  <b>CESÁREA</b>	Intervención quirúrgica que tiene como objeto extraer el producto de la concepción a través de una incisión de la pared uterina.	- Cesárea programada o electiva  - Cesárea de emergencia	- Sin labor de Parto  - Patología o complicación	Cuantitativo	-1 cesárea  -2 cesárea  -3 o más cesáreas
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>  <b>INDICACIÓN DE CESÁREA</b>	La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por diferentes causas.	CAUSAS MATERNAS  CAUSAS FETALES  CAUSAS OBSTÉ-TRICAS	- Tumores del canal de parto. - Cirugía uterina previa, plastia vaginal. - Patología que comprometa el bienestar materno y/o fetal. - Psicosis, retardo mental, alteraciones de la conciencia.  - Compromiso del bienestar fetal. - Distocias de presentación. - Embarazo múltiple - Malformaciones fetales. - Macrosomía fetal.  - Cesárea iterativa. - Distocias dinámicas del trabajo de parto. - Desproporción cefalopélvica. - Desprendimiento prematuro de placenta. - Placenta previa. - Prolapso de cordón umbilical. - Rotura uterina previa.	Cuali-tativo	-Presente  -Ausente

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO	ESCALA
----------	------------	-----------	-----------	------	--------

Normas de Atención Materno Neonatal Dirección Nacional de Promoción y Atención  
 Integral de Salud. Coordinación Nacional de MSP. Quito – Ecuador; 2005.

<b>VARIABLES INTERVINIENTES</b>	Tiempo de				10 - 13
-------------------------------------	-----------	--	--	--	---------

<b>EDAD</b>	existencia de una persona, desde su nacimiento, hasta la actualidad.	Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temprana</li> <li>- Media</li> <li>- Tardía</li> </ul>	Cuanti-tativo	años. 14 - 16 años. 17 - 19 años.
<b>INSTRUCCIÓN</b>	Conjunto de enseñanzas o datos impartidos a una persona.	Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analfabeta</li> <li>- Primaria</li> <li>- Secundaria</li> </ul>	Cuali-tativo	- Grado - Curso
<b>RESIDENCIA</b>	Lugar determinado donde habita una persona.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urbano</li> <li>- Rural</li> </ul>	Lugar	Cuali-tativo	- Urbano - Rural
<b>NIVEL SOCIO-ECONÓMICO</b>	Jerarquía que tiene una <u>persona</u> con <u>respecto</u> al <u>resto</u> , medido por sus <u>ingresos</u> , condiciones en las que vive, <u>nivel educativo</u> , etc.	Nivel Social	Nivel Cultural	Cuali-tativo	- Alto - Medio - Bajo
<b>ETNIA</b>	Agrupación de personas que presentan un conjunto de rasgos físicos y culturales comunes.	Etnia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mestizo</li> <li>- Negro</li> <li>- Indígena</li> </ul>	Cuali-tativo	-Mestizo -Negro -Indígena

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

#### 3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo documental, retrospectiva y descriptiva realizada en el Hospital “Pablo Arturo Suarez” de la ciudad de Quito con la finalidad de conocer la frecuencia e indicación de cesárea en las adolescentes embarazadas entre 13 y 19 años de edad. Mediante la revisión de las historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal (SIP) en el período Enero del año 2006 hasta el mes de Diciembre del año 2011. A fin de obtener datos de las características personales, educativas, residencia, edad, tipo de parto y en el caso de cesáreas cuales fueron las indicaciones para realizar la cirugía en las adolescentes.

### **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población a estudiarse son mujeres adolescentes entre 13 y 19 años de edad que terminaron su embarazo por medio de cesárea en el Hospital “Pablo Arturo Suarez” en el período Enero del año 2006 hasta el mes de Diciembre del año 2011.

### **3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes adolescentes entre 13 y 19 años de edad atendidas en el Hospital “Pablo Arturo Suarez” en el período Enero del año 2006 hasta el mes de Diciembre del año 2011, que terminaron su gestación por medio de cesárea .

### **3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Paciente adolescentes entre 13 y 19 años de edad atendidas en el Hospital “Pablo Arturo Suarez”, en el período Enero del año 2006 hasta el mes de Diciembre del año 2011, que terminaron su gestación por medio de parto de vaginal .

### **3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **TÉCNICAS**

- Análisis documental

#### **INSTRUMENTOS**

- Historias clínicas
- Cuadros estadísticos

### **3.6 TABULACIÓN DE DATOS**

Los datos obtenidos se presentarán en tablas y gráficos estadísticos, utilizando el programa Excel.

## **CAPÍTULO IV**

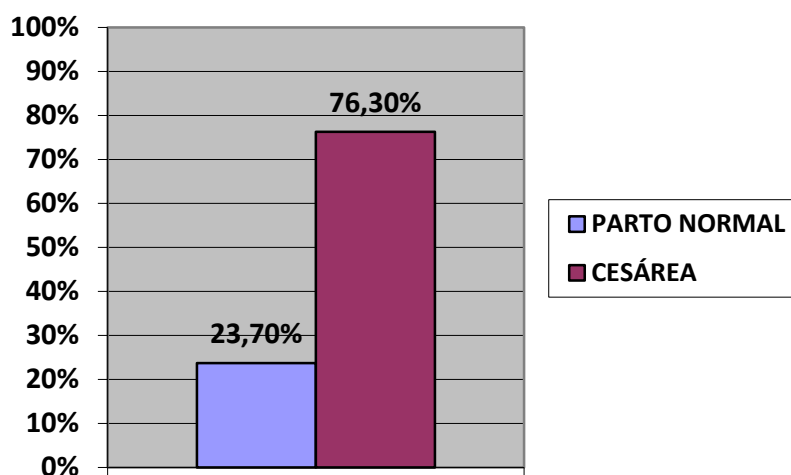
## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL “PABLO ARTURO SUÁREZ” EN EL PERÍODO ENERO DEL 2006 HASTA DICIEMBRE DEL 2011 QUE TERMINARON SU EMBARAZO POR MEDIO DE CESÁREA.

TIPO DE PARTO	CASOS	PORCENTAJE
PARTO NORMAL	127	23.7 %
CESÁREA	408	76.3 %
TOTAL	535	100%

GRÁFICO No.1



El 76.3 % de adolescentes embarazadas finalizaron su gestación por medio de cesárea y 23.7 % tuvieron un parto normal.

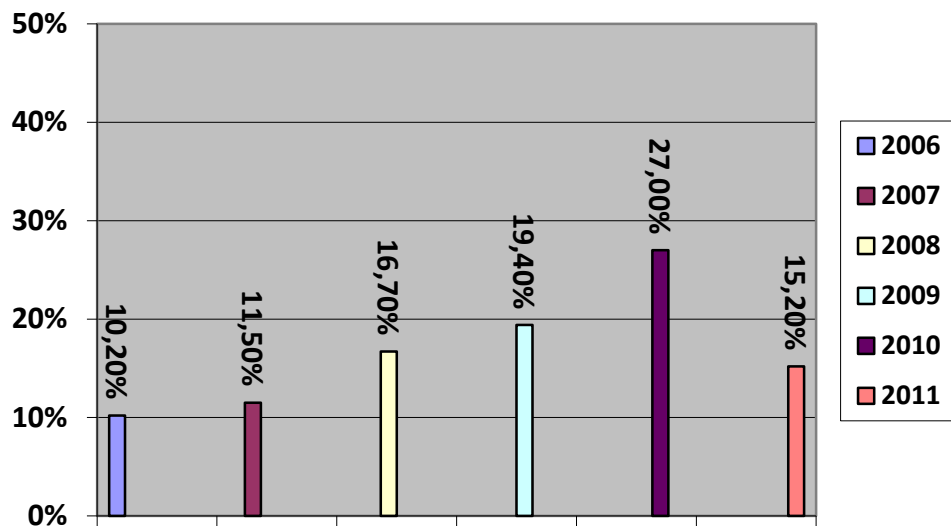
CUADRO No.2



**CLASIFICACIÓN POR AÑO DE PACIENTES ADOLESCENTES QUE TERMINARON SU EMBARAZO POR MEDIO DE CESÁREA.**

<b>AÑO</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>2006</b>	<b>42</b>	<b>10.2 %</b>
<b>2007</b>	<b>47</b>	<b>11.5 %</b>
<b>2008</b>	<b>68</b>	<b>16.7 %</b>
<b>2009</b>	<b>79</b>	<b>19.4 %</b>
<b>2010</b>	<b>110</b>	<b>27.0 %</b>
<b>2011</b>	<b>62</b>	<b>15.2 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>408</b>	<b>100 %</b>

**GRÁFICO No.2**



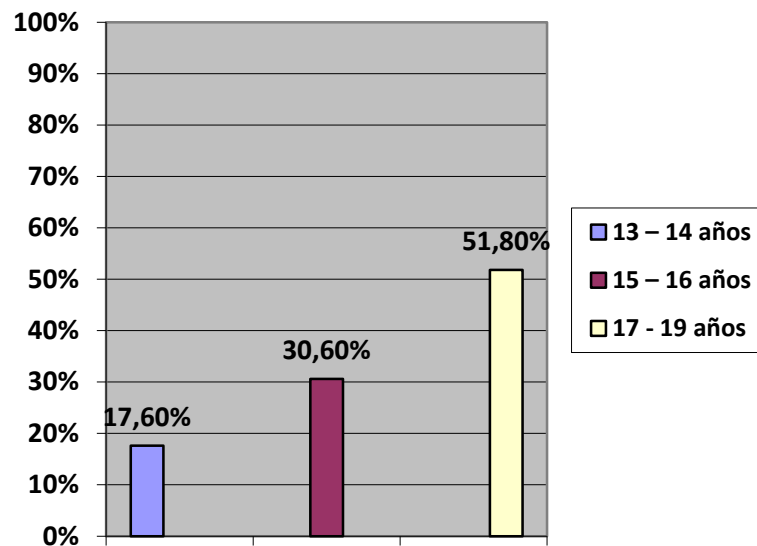
10.2 % de cesáreas se realizaron en el año 2006, 11.5% 2007, 16.7% 2008, 19.4% 2009, 27% 2010 que es el más elevado y 15.2 % en el año 2011.

**CUADRO No.3**

### EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE TERMINARON SU GESTACIÓN POR MEDIO DE CESÁREA

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
13 – 14 años	72	17.6 %
15 – 16 años	125	30.6%
17 - 19 años	211	51.8%
TOTAL	408	100 %

**GRÁFICO No.3**



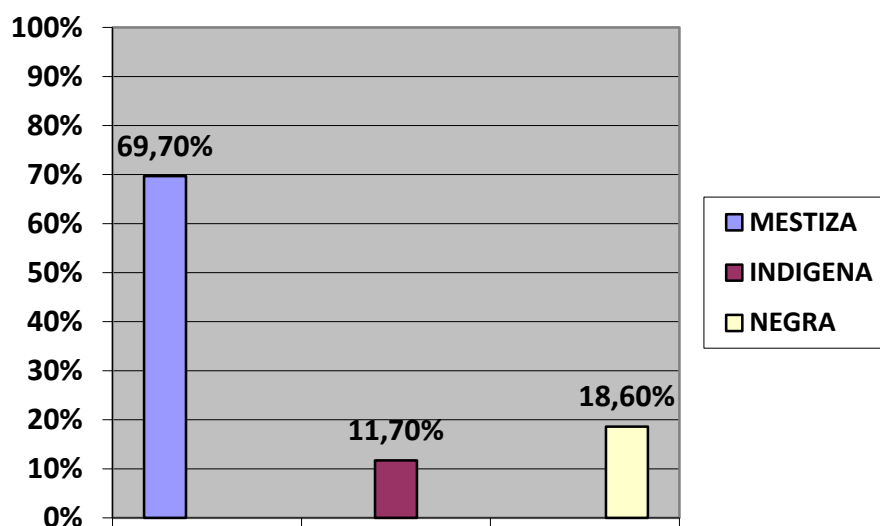
El grupo de edad predominante en las adolescentes embarazadas es entre 17 - 19 años con un 51.8 %; entre 15 – 16 años un 30.6 % y en menor porcentaje entre 13 – 14 con un 17.6%, que es el grupo temprano.

**CUADRO No.4**

# ETNIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE TERMINARON SU GESTACIÓN POR MEDIO DE CESÁREA

ETNIA	CASOS	PORCENTAJE
MESTIZA	284	69.7 %
INDIGENA	48	11.7 %
NEGRA	76	18.6 %
TOTAL	408	100 %

GRÁFICO No.4



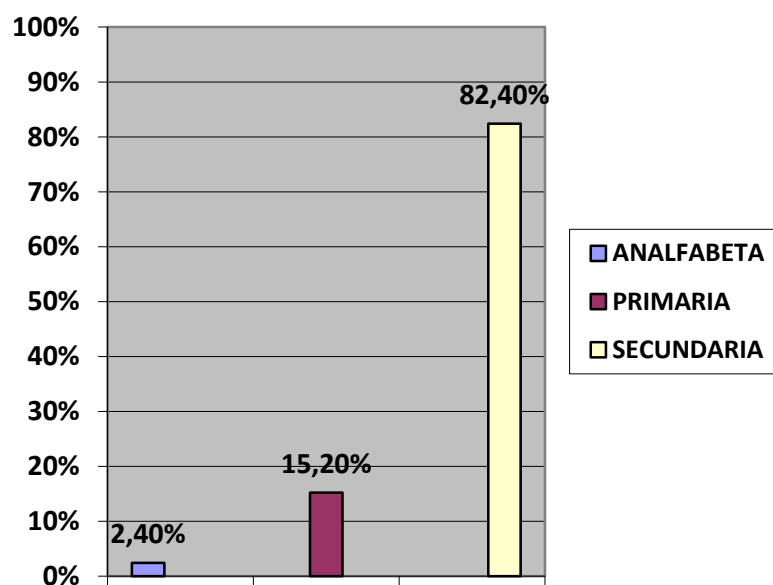
Son mestizas el 69.7 %, 18.6 % corresponde a la raza negra e indígenas con un porcentaje de 11.7 %.

CUADRO No.5

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE TERMINARON SU GESTACIÓN POR MEDIO DE CESÁREA**

INSTRUCCIÓN	CASOS	PORCENTAJE
ANALFABETA	10	2.4 %
PRIMARIA	62	15.2 %
SECUNDARIA	336	82.4 %
TOTAL	408	100 %

**GRÁFICO No.5**



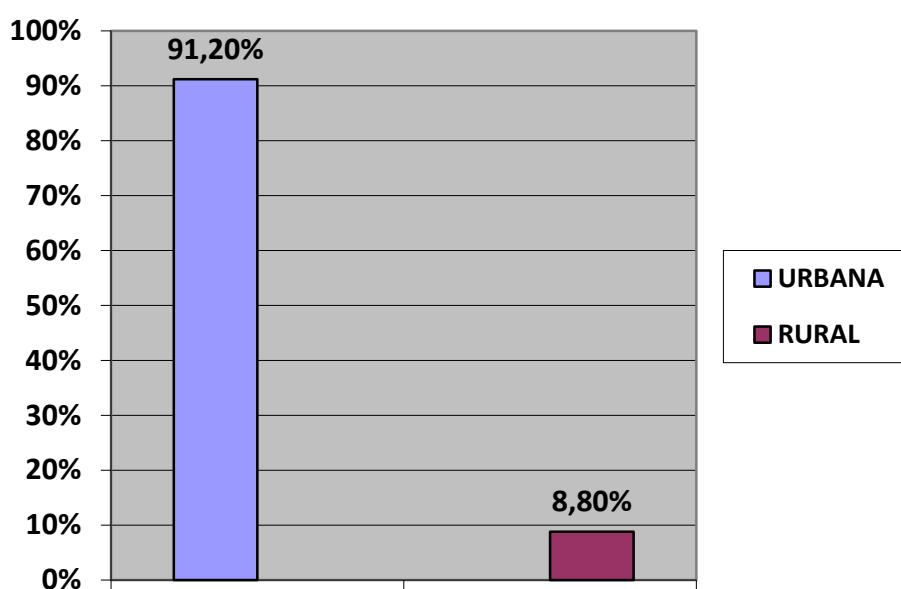
La instrucción secundaria con 82.4 %, el 15.2 % con instrucción primaria y el 2.4% son analfabetas.

**CUADRO No.6**

**LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE TERMINARON SU GESTACIÓN POR MEDIO DE CESÁREA**

ÁREA	CASOS	PORCENTAJE
URBANA	372	91.2 %
RURAL	36	8.8 %
TOTAL	408	100 %

**GRÁFICO No.6**



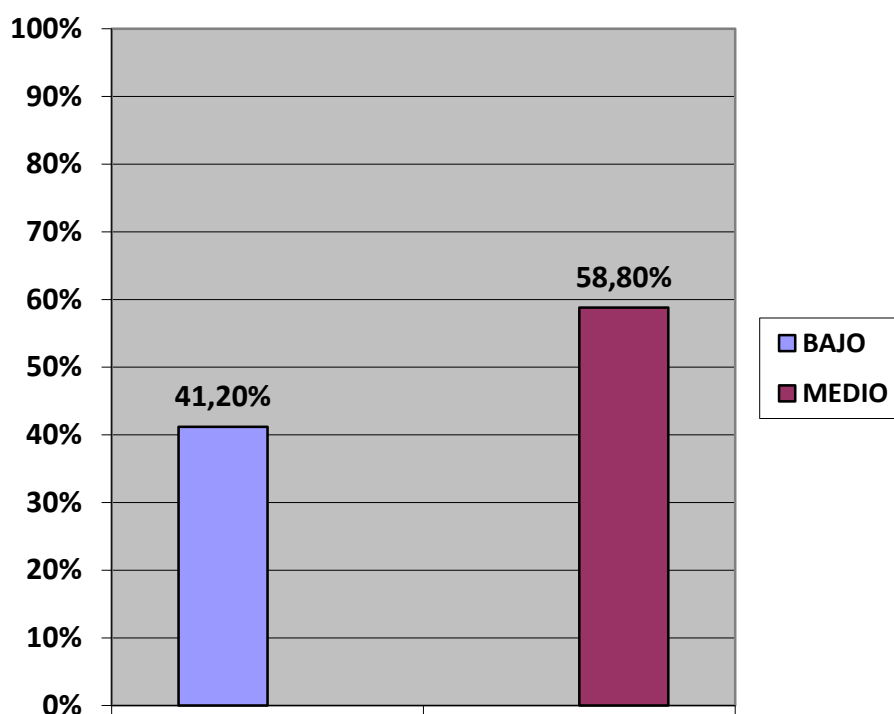
En área urbana 91.2 % y el 8.8 % en área rural.

**CUADRO No.7**

**NIVEL ECONÓMICO SOCIAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE TERMINARON SU GESTACIÓN POR MEDIO DE CESÁREA**

NIVEL	CASOS	PORCENTAJE
BAJO	168	41.2 %
MEDIO	240	58.8 %
TOTAL	408	100 %

**GRÁFICO No.7**



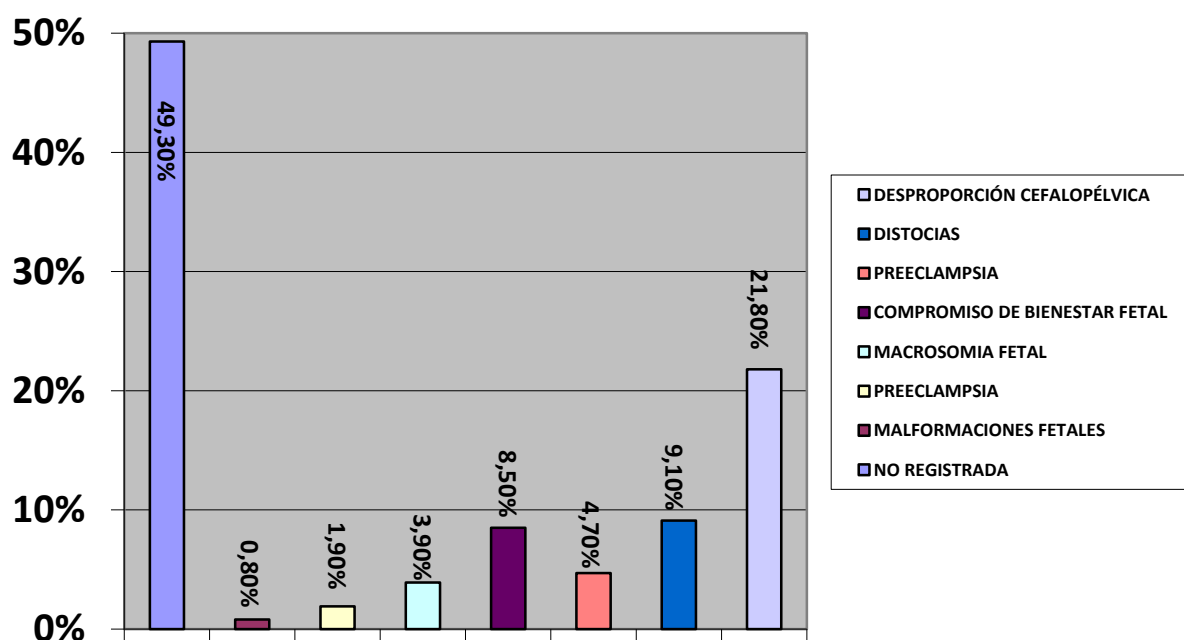
El 58.8 % de las adolescentes embarazadas pertenece a un nivel socio económico medio y 41.2 % a un nivel bajo.

**CUADRO No.8**

## INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ADOLESCENTES

INDICACIÓN	CASOS	PORCENTAJE
DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA	89	21.8 %
DISTOCIAS	37	9.1%
PREECLAMPSIA	19	4.7%
COMPROMISO DE BIENESTAR FETAL	35	8.5 %
MACROSOMÍA FETAL	16	3.9 %
PLACENTA PREVIA	8	1.9 %
MALFORMACIONES FETALES	3	0.8 %
NO REGISTRADO	201	49.3 %
TOTAL	408	100 %

GRÁFICO No.8



El 21.8 % de cesáreas en adolescentes fueron realizadas por desproporción cefalopélvica, el 9.1 % por distocias de presentación, 8.5 % por compromiso de

bienestar fetal, 4.7 % por preeclampsia, 3.9 % por macrosomía fetal, 1.9 % por placenta previa y 0.7 % por malformaciones fetales. Encontramos que el 49.3% (201 casos), no tiene registro de indicación operatoria.

## **CAPÍTULO V**

### **4. RECURSOS**



#### **4.1 RECURSOS HUMANOS**

- ❖ Tutor de tesis
- ❖ Pacientes adolescentes entre 13 y 19 años que terminaron su gestación por medio de cesárea
- ❖ Internas Rotativas de Obstetricia

#### **4.1.2 RECURSOS MATERIALES**

- ❖ Cuadros estadísticos
- ❖ Programa Sistema Internacional Perinatal (SIP)
- ❖ Historias clínicas

#### **4.1.3 RECURSOS TECNOLÓGICOS**

- ❖ Computadoras
- ❖ Programa Excel

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES:**

1. En el período Enero del 2006 hasta Diciembre del 2011 en el cual fue realizada la investigación, se atendieron 535 adolescentes embarazadas de las cuales 408 terminaron su gestación por medio de cesárea y 127 por parto normal.
2. Los datos de cesáreas discriminados por año calendario dieron los siguientes resultados; el 10.2 % se realizaron en el año 2006, 11.5% 2007, 16.7% 2008, 19.4% 2009, 27% 2010 y 15.2 % en el año 2011.
3. El 51.8 % de adolescentes embarazadas se encuentran entre los 17 y 19 años de edad, 30.6% entre 15 - 16 años y 17.6 % entre 13 - 14 años.
4. Entre las características personales de las adolescentes tenemos que el 69.7% son mestizas, instrucción secundaria 82.4 %, residencia urbana 91.2%, nivel social medio 58.8 %.
5. La principal indicación de cesárea en las adolescentes fue por desproporción cefalopélvica 21.8 %, por distocias de presentación 9.1 %, compromiso de bienestar fetal 8.5 %, preeclampsia 4.7 %, macrosomía fetal 3.9 %, placenta previa 1.9 %, malformaciones fetales 0.7 % y el 49.3% no tiene registro de indicación operatoria.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. INFORME DE COMITÉ DE EXPERTOS OMS. La salud en Adolescentes un desafío de la Sociedad. Ginebra.1986. págs.308.

2. MOLINA R, SANDOVAL J, LUENGO X. Salud sexual y reproductiva del adolescente. Revista EFACIN, Paraguay .2000. vol 6. págs. 8.
3. CEPAR. ENDEMAIN - 2004. Ecuador: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil, Informe General. Quito: CEPAR, CDC, UNFA, USAID, 2005. págs. 156-157.
4. UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Prevención del embarazo adolescente .1998.vol 2.págs.1-13.
5. TORO J, UZCATEGUÍ O. Embarazo en la Adolescente. Revista de Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG Venezuela.vol 32. págs.94-101.
6. ISSLER J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina .Argentina .2001 .vol 7. Págs. 11-23.
7. RUOTI A. Patología Obstétrica en la adolescente embarazada. Revista Sociedad de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. Chile; 1994.págs .70- 72.
8. DÍAZ A, SANHUEZA P, YAKSIC N. Riesgo Obstétrico en el Embarazo Adolescente. Revista chilena de Obstetricia y Ginecología .2002.vol 67.págs. 481- 487.
9. PAGOLA V, GUTIERREZ R, FERNANDEZ N. El Parto en la adolescente. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología, sexta edición.1996.págs.18-19.
10. MEDINA B. Cesárea Un Problema de Salud Pública; Quito – Ecuador.2000.págs .29- 35.
11. GONZALES M. Gineco-Obstetricia. 5ta ed. España: Elsevier; 2006.págs.787-795.

- 12.** CABEZAS G, DELGADO L, MORALES O, PEREZ G. Comportamiento de la cesárea en la Secretaría de Salud durante el período 1990-95. Ginecología y Obstetricia. México. 1998; 66 .págs. 335-338.
- 13.** CEPAR. ENDEMAIN -2004. Ecuador: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil, Informe General. Quito: CEPAR, CDC, UNFA, USAID, 2005.págs. 179-180.
- 14.** HOREY D, WEAER J, RUSSELL H. Información para las mujeres embarazadas con relación al nacimiento por cesárea. Librería Cochrane plus.2007.págs 4.
- 15.** CABERO R. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medica de la Reproducción, Tomo 1. Madrid España: Panamericana; 2003.págs .1190 - 1195.
- 16.** LÓPEZ L, SÁNCHEZ J. Partos en adolescentes. Revista Ginecología Obstetricia Colombia 1993.3era ed.págs 5.
- 17.** SCHWARCZ R; FESCINA R. Obtetricia. 6th ed. Buenos Aires – Argentina: El Ateneo; 2005.
- 18.** NORMAS DE ATENCIÓN MATERNO NEONATAL, Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud. Coordinación Nacional de MSP. Quito – Ecuador; 2005.
- 19.** SIMÓN P, LIRA P, AHUED A, QUESNEL G, ITURRALDE R, ARTEAGA G. Morbilidad materna en la adolescencia. Revista Médica Gineco-Obstetricia, México. 2000.vol 3. 270-274.
- 20.** ARIAS F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2th ed: Mosby Doyma Libros; 1995.

**21.** MONTERROSA A. Atención Obstetricia en Adolescentes menores de 15 años. Revista Colombia Gineco-Obstétrica, 2000, vol 4.pags.15-17.

**22.** DANFORTH T, Tratado de Ginecología y Obstetricia. 6 th. Madrid España: Interamericana, pags. 673-684.